

На сьогоднішній день основним пріоритетом дитячої хірургії є раннє виявлення й корекція вад розвитку, своєчасна діагностика та лікування набутої патології.

У цьому зв'язку в клініці розроблена і працює більше 20 років програма спільного консультування з медиками-генетиками, яка включає пренатальну ультразвукову діагностику вад і аномалій розвитку, що дало можливість виконувати їх ранню хірургічну корекцію ще до появи ускладнень і рано відновлювати анатомічну структуру та функцію уражених органів, що сприяє покращенню як безпосередніх, так і віддалених результатів лікування.

З огляду на збільшення кількості недонесених новонароджених, розширення екстракорпоральних способів запліднення, по цілому ряду вродженої патології відзначається збільшення кількості хворих дітей, що вимагають не тільки пренатального моніторингу, але й катamnестичного спостереження надалі.

Впровадження ендовідеоскопічних технологій зробило революцію в дитячій хірургії. Сьогодні дитячі хірурги можуть здійснювати практично весь обсяг невідкладних хірургічних втручань за допомогою ендовідеоскопії. Практично всі лікарі пройшли спецпідготовку як у нашій країні, так і за кордоном. По наявному обсягу ендоторакальних та ендоабдомінальних операцій клініка може стати учбово-методичним центром міжрегіонального характеру. Природно, що лікарі-інтерни дитячої хірургії й дитячі анестезіологи беруть активну участь в освоєнні сучасної техніки й методології надання висококваліфікованої допомоги з усіх представлених розділів спеціальностей.

Традиційно на базі клініки проходять підготовку інтерни із суміжних Сумської та Полтавської областей по спеціальностях «Дитяча хірургія» та «Дитяча анестезіологія». Виїхавши на заочні бази у відповідні регіони, вони не мають змоги планово проходити практичну підготовку в цілому ряді структурних підрозділів, які є в Харкові. Кількість і обсяг мініінвазивних оперативних втручань на заочних базах невеликий. Можливості використання всього обсягу діагностичних досліджень високої точності (ЯМРТ, КТ, ангіографія, гаммасцинтиграфія) обмежений. Рівень складності оперативних втручань і відповідних анестезіологічних посібників нижчий, ніж у нашій клініці.

З огляду на вище викладене, ми при розробці програми проходження очних циклів на базі відділень ОДКЛ № 1 м. Харкова намагаємося інтернам суміжних областей дати можливість брати участь у роботі тих відділень, які не представлені на їхніх заочних базах, інтенсифікувати

їхню участь у мініінвазивних втручаннях і діагностичних заходах.

Всі інтерни мають індивідуальний графік роботи в плановій та ургентній операційних протягом усіх років навчання й працюють у всіх хірургічних відділеннях клініки.

При проведенні занять із лікарями-інтернами нами використовується власний демонстраційний матеріал, включаючи відеофільми ендоскопічних хірургічних втручань.

Повноцінне використання лікарів-інтернів як ординаторів під спостереженням кваліфікованих фахівців кафедри й клініки дає можливість напрацьовувати практичні навички у веденні медичної документації, постановці діагнозу, визначенні програми лікування. Всі інтерни беруть участь в ургентних чергуваннях, де засвоюють навички діагностики й лікування гострих хірургічних захворювань у дітей.

Крім того, лікарі-інтерни беруть участь у наукових днях клініки, виступають із повідомленнями по актуальних питаннях дитячої хірургії та дитячої анестезіології, виконують реферативні огляди сучасної спеціальної літератури.

Дуже хотілося б мати можливість для підготовки лікарів-інтернів на симуляційних тренажерах. Створення центра симуляційної підготовки відкриває нові перспективи також і для залучення курсантів по підвищенню кваліфікації в умовах реформи післядипломної освіти й ліцензування лікарської діяльності [1, 2, 3].

Таким чином, досвід підготовки лікарів-інтернів дитячих хірургів і дитячих анестезіологів із суміжних областей показав, що їхнє навчання на очних циклах необхідно проводити по індивідуальних програмах з урахуванням обмеженої можливості баз заочного проходження інтернатури.

#### **Література.**

1. Алексєєнко А. П. Філософсько – етичні виклики стимуляційному навчанню в медицині / Алексєєнко А.П.// Симуляційне навчання в системі підготовки медичних кадрів: матеріали навч. метод. конф., присвяченої 212-й річниці від дня заснування ХНМУ ( Харків , 30 лист. 2016 р.) / кол. авт. – Харків : ХНМУ, 2016. – С.9-12.
2. Дозорнов М.Г. Сучасні проблеми навчальних центрів та шляхи їх вирішення / М.Г. Дозорнов // Віртуальні технології в медицині. – 2010. – № 2. – С. 4-6.
3. Закон України від 01.07.2014 р. № 1556-VII “Про вищу освіту.” – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>.

### **ДОСВІД УПРОВАДЖЕННЯ ОБ’ЄКТИВНОГО СТРУКТУРОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ІСПИТУ В ДЗ «ДМА» НА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ РІВНІ ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА НАПРЯМОМ ПІДГОТОВКИ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»**

**Перцева Т.О., Снісарь В.І., Височина І.Л., Гайдук О.І., Чухрієнко Н.Д.**

*Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

Відповідно до рекомендацій World federation of medical education, (WFME) сучасна медична освіта складається з трьох послідовних етапів: базової (додипломної) медичної освіти, післядипломного навчання в інтернатурі, резидентурі чи на циклах спеціалізації, і наступна третя фаза – безперервний професійний розвиток лікаря – це освіта впродовж життя, адже підвищення кваліфікації є неодмінною умовою успішної лікарської діяльності. Основною метою післядипломної освіти є збереження на належному рівні,

перегляд, поглиблення, розширення знань і навичок і тому медична післядипломна освіта характеризується особливими відносинами учасників освітнього процесу, де важливі висока ступінь відповідальності та сильна мотивація щодо вдосконалення своїх знань і умінь. Для молодих спеціалістів навчання в інтернатурі спрямовано на покращення теоретичних і практичних навичок, підвищення ступеня їх готовності до самостійної професійної діяльності та поглиблення знань за обраною спеціальністю.



Впровадження об'єктивного структурованого клінічного іспиту (ОСКІ) в вищих навчальних закладах різних держав та в Україні є відповіддю на потребу часу встановити єдині правила та вимоги оцінювання майбутніх спеціалістів, створити чіткі алгоритми виконання кожної навички, а основною ідеєю даного формату екзамену є максимальна об'єктивізація проведення іспиту, що технічно спрямовано на демонстрацію професійних компетенцій в обсязі спеціальних навичок за фахом підготовки різних спеціалістів на спеціально оснащених станціях. Objective Structured Clinical Examination (ОСКІ) є сучасним клінічним екзаменом, що використовується для оцінки навичок та компетентності лікарів у більшості розвинених країн світу, метою якого є оцінка таких важливих компетентностей майбутнього лікаря як комунікація з пацієнтом, дотримання етичних норм, клінічний огляд, призначення та інтерпретація діагностичних тестів, лікування, техніка виконання інвазивних втручань та правильне оформлення медичної документації.

Іспит такого формату на кафедрі сімейної медицини ФПО ДЗ «ДМА» має свої двадцятирічні витоки у відповідності до розробки нових програм підготовки тоді ще зовсім молодій спеціальності «загальна практика-сімейна медицина», в основу якої було покладено мультидисциплінарний підхід викладання та підготовки майбутнього спеціаліста. У відповідності до основних завдань підготовки лікаря нового формату інтерн за фахом «загальна практика-сімейна медицина» мав продемонструвати необхідні компетентності для роботи в загальній медицині і різні завдання, які були інтегровані в практичну діяльність і оцінювались одночасно з практичного та теоретичного боку командою викладачів за всіма субдисциплінами викладання (педіатр, терапевт, невролог, офтальмолог, окуліст, хірург, анестезіолог-реаніматолог, акушер-гінеколог, дерматолог, інфекціоніст)[1,2].

Для атестації лікарів-інтернів за фахом «загальна практика-сімейна медицина» сьогодні використовується методика інтегративного підходу в декілька етапів, яка за своєю сутністю, структурою, вимогами та методикою проведення є прообразом сучасного клінічного екзамену ОСКІ.

На першому етапі визначається рівень оволодіння інтерном навиками системного клінічного обстеження пацієнта, що включає оцінку соматичного, неврологічного, психологічного, соціального статусу; вміння сформулювати перелік проблем пацієнта, письмово обґрунтувати попередній діагноз, визначити маршрут пацієнта, скласти план діагностично-лікувальної тактики, визначити питання медико-соціальної експертизи, профілактики та диспансерного нагляду. На наш погляд, робота кафедри сімейної медицини ФПО на клінічній базі багатoproфільної лікарні дозволяє забезпечити безпосередній контакт з хворим, що дозволяє на сьогоднішньому етапі не організовувати проведення даної частини атестації з використанням так званого стандартизованого пацієнта.

Другий етап представлений прийомом п'ятнадцяти практичних навичок. Їх вибір обумовлений актуальністю кожного з них для роботи лікаря первинної ланки (найбільш часто зустрічається в практиці, має вирішальне значення для вибору діагностичної і лікувальної такти-

ки, необхідний для надання невідкладної допомоги). Всі лікарі-інтерни отримують маршрутний лист з переліком навичок (аналог станцій ОСКІ) з наступним оцінюванням різними викладачами вищої медичної школи (члени атестаційної комісії) за виконання кожного з них. Демонстрація практичних навичок лікарями проводиться на пацієнтах, манекенах та при роботі в парах «інтерн-інтерн» (наприклад, отоскопія, офтальмоскопія). До переліку практичних навичок (станцій) входять такі, як проведення серцево-легеневої реанімації, запис та інтерпретація ЕКГ, оцінка неврологічного статусу, обстеження грудної залози, зовнішнє акушерське обстеження – взяття мазка на онкоцитологію, прийоми Леопольда, проведення отоскопії та офтальмоскопії, оцінка фізичного та психомоторного стану дитини і вигодовування, оцінка стану шкіри та видимих слизових оболонок.

Проведення третього етапу атестаційного іспиту включає традиційну співбесіду з членами атестаційної комісії, що відповідає діючій нормативній базі МОН та МОЗ України щодо вимог до атестації лікарів-інтернів та наказів ДЗ «ДМА» про порядок проведення державної атестації. В основу структури співбесіди закладено знання з основних 14 субспеціальностей, що входять до професійних компетенцій лікаря загальної практики-сімейного лікаря і останніми роками ідеологічно структуровані за синдромальним підходом, що дозволяє майбутньому лікарю знайомитись з українським варіантом Міжнародної класифікації ІСРС-2Е. Крім того, кожен інтерн отримує пакет з результатами додаткових методів обстеження (клінічного, біохімічного та інструментального) для формування висновків та розробки подальшої тактики ведення пацієнта.

Важливим напрямком в організації атестації є інтегративний міждисциплінарний підхід до співбесіди з інтернами у вирішенні проблем пацієнтів за участю 4-5 спеціалістів різних спеціальностей. Загальна інтегрована оцінка визначається під час обговорення з усіма членами комісії.

Узагальнюючи методику проведення державної атестації на кафедрі сімейної медицини ФПО ДЗ «ДМА», можна сказати, що під час атестації інтерн безпосередньо атестується на станціях практично-орієнтованих ситуацій, кожна з яких описує певний етап в роботі лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

Таким чином, формат проведення державної атестації для лікарів-інтернів за фахом «загальна практика-сімейна медицина» відповідає структурі та основним вимогам ОСКІ, що підтверджено багаторічним досвідом роботи мультидисциплінарної команди викладачів нашого навчального закладу.

### Література

1. Ковальчук Л. Я. Впровадження нової методики навчального процесу в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського / Л.Я. Ковальчук // Медична освіта. – 2007. – С. 16 – 20.
2. Банчук М. В. Сучасний розвиток вищої медичної та фармацевтичної освіти й проблемні питання забезпечення якісної підготовки лікарів і провізорів / М. В. Банчук, О. П. Волосовець, І. І. Фещенко // Медична освіта. – 2007. – №2. – С. 5-13.